

Regras transparentes na saúde

Januario Montone *

Exceção feita a algum controle de preços — cujo único objetivo era controlar a inflação —, a saúde suplementar brasileira nasceu e se organizou por quase 40 anos livremente, sem intervenção do Estado. Isso começou a mudar em meados de 1998, quando, após oito anos de tramitação, o projeto de lei que deu forma ao que estabeleceu a Constituição de 1988 foi discutido, votado e promulgado, originando a Lei nº 9.656, a chamada Lei dos Planos de Saúde. Para recuperar o atraso e, ao mesmo tempo, aproveitar todo o conteúdo advindo do debate no Congresso, optou-se, na ocasião, por editar uma medida provisória (MP 1.665, atual MP 2.177) criando o aperfeiçoamento introduzido na lei em sua passagem pelo Congresso. Então, resumindo, a lei e a medida provisória — conjuntamente — os marcos legais indissociáveis que permitiram ao governo iniciar a regulação desse setor, que causa impacto direto na vida de cerca de 30 milhões de brasileiros, os consumidores de planos de saúde. Acrescente-se a esse conjunto lei/MP outro marco legal, a Lei nº 9.961, que criou a Agência Nacional de Saúde (ANS).

Regular um setor como o da saúde suplementar é contrariar comportamentos estabelecidos

Aí começa nosso desafio: só é possível entender a ANS tendo como premissa o fato de que o seu mecanismo de atuação envolve a regulamentação do que está previsto nos três marcos legais e, com a ampliação do entendimento desse processo e do debate em torno de suas medidas, a alimentação do arcabouço legal, com sua modificação. É um processo de avanço por acumulação.

Dentre as diversas medidas estabelecidas no conjunto legal, uma das principais foi a que definiu um plano de referência — um “produto mínimo” que contemplou a assistência integral à saúde e que, a partir da entrada em vigor do conjunto legal, se tornou o menor plano de saúde possível de ser vendido, liberando

a venda de produtos mais elaborados, como cirurgia estética, embora seja importante ressaltar que o plano de referência cubra todo o rol de doenças reconhecidas no Cadastro Internacional de Doenças. Essa diretriz primária criou então duas categorias diferentes de consumidores: os que detêm “planos antigos” e os que ingressaram no sistema após sua regulamentação pelo conjunto lei/MP.

Pois bem, é a partir da constatação dessa babel (onde convivem 2.400 produtos — planos de saúde — diferentes e mais de



1.700 operadoras) que a ANS inicia seu trabalho, criando regras, gerando normatizações e fiscalizando o cumprimento do conjunto legal e das determinações criadas para ordenar o setor. Disparou-se uma ofensiva de regulação que, como era de esperar, ensejou reações diversas nos atores antes acostumados a atuar sem nenhuma regulamentação. Mas a ANS nunca abriu mão de uma condição: atuar com transparência e permitir a participação de todos.

Foram criadas câmaras técnicas para discutir assuntos complexos, realizadas diversas consultas públicas para permitir a participação de entidades representativas e, importante, abriu-se espaço formal para entidades e ONGs na Câmara de Saúde Suplementar, fórum consultivo em que se debatem a fundo as questões de regulação, antes de estas ganharem status de vigência. Até mesmo as recentes modificações introduzidas na MP

2.177 foram debatidas, daí o nosso estranhamento com a reação exagerada dos demais atores. Os chamados “pontos polêmicos” foram discutidos não em seu conjunto, mas sim respeitando-se o calendário de reuniões da Câmara e, frise-se, ainda dependiam da aprovação do Congresso para definitivamente se transformar em lei e possibilitar algo que a ANS definiu como estratégico: estabilidade para o setor, com regras claras e permanentes. De qualquer forma, para não ensejar a imagem de que se pretendia “atropelar” o setor, negociou-se a conversão dos pontos mais polêmicos em projeto de lei destacado da MP, embora fosse claro o entendimento de que qualquer migração de contrato antigo para o novo era de livre arbítrio do consumidor e que a figura do “médico-porteiro”, como se alardeou, não era criada, mas sim explicitava-se algo que já existe no setor e

não é vendido com transparência para o consumidor.

Entendemos que o momento que vivemos é mais uma etapa nesse processo de regulação do setor de saúde, o mesmo que vem provocando insatisfação ora em determinado ator, ora em outro. Porque regular um setor complexo como é o da saúde suplementar é, antes de mais nada, contrariar comportamentos estabelecidos, equilibrar a contenda entre atores distintos, enfim, a busca do consenso tanto quanto seja possível.

Nunca nos apregoamos donos da verdade, mas reivindicamos nosso papel de agente de equilíbrio e de transformação. Porque, nestes três anos de vigência da Lei nº 9.656 e quase 18 meses de funcionamento da ANS, tivemos sempre como missão a tarefa de impulsionar o setor e torná-lo mais justo para todas as partes: operadoras, médicos, hospitais, consumidor, entidades de representação e órgãos de defesa do consumidor. Não podemos — todo o conjunto de atores envolvidos — nos imobilizar agora. A discussão dessa nova fase da regulamentação interessa a todos, mas sua paralisação não interessa a ninguém, em especial aos 21 milhões de brasileiros portadores de contratos antigos que ainda estão fora do alcance da Lei nº 9.656. ■

* Diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde (ANS).